

馬欣欣著「中国の公的医療保険制度の改革」（書評）

著者	石塚 浩美
権利	Copyrights 日本貿易振興機構（ジェトロ）アジア経済研究所 / Institute of Developing Economies, Japan External Trade Organization (IDE-JETRO) http://www.ide.go.jp
雑誌名	アジア経済
巻	57
号	4
ページ	89-92
発行年	2016-12
出版者	日本貿易振興機構アジア経済研究所
URL	http://hdl.handle.net/2344/00048906

馬欣欣著

『中国の公的医療保険制度の改革』

京都大学学術出版会 2015 年
xii + 335 ページいしづか ひろみ
石 塚 浩 美

はじめに

中国の人口は13.8億人で、世界人口約73億人の18.9パーセントを占めている [WHO 2016]。この国の医療保険制度が整備されるとしたら、地球上の約2割の人々の健康に深くかわかる制度が安定するということになり、非常に重要なことである。

本書は、中国の公的医療保険制度に焦点を当てた良書である。制度の実情を詳解する制度分析のみならず、計量的な実証分析も行われており意義深いと考える。主として取り上げている3つの公的医療保険制度は、(1) 1998年施行で強制加入の都市戸籍労働者・退職者対象の都市従業員基本医療保険 (Urban Employee Basic Medical Insurance: UEBMI), (2) 2007年施行で任意加入の都市戸籍住民対象の都市住民基本医療保険制度 (Urban Resident Basic Medical Insurance: URBMI), (3) 2003年に試行開始した任意加入の農村戸籍住民対象の新型農村合作医療保険制度 (New Cooperative Medical Scheme: NCMS) である。これらの公的医療保険制度により、全国民が対象となった。ただし、まだ全国民が加入している「国民皆保険」とはなっていない (本書評のII (3) を参照されたい)。

中華人民共和国は、1949年の建国以来、社会主義・計画経済を採用し、国有企業 (国営企業) が主たる企業形態となった。1978年には改革・開放政策により、市場経済への体制移行が始まり、90年代半ばに国有企業改革が本格的に進み、2010年には経済の大きさを表す名目 GDP (国内総生産) が

日本を抜いて世界第2位になり、現在は「新常态」などとして安定成長期にあるという。

ただし、中国は発展途上の新興国である。その大きな要因は、1人当たり GDP (USドル, 2015年) が第76位と低いことが背景にある。すなわち、生まれながらにして都市戸籍 (中国語で「非農業戸口」) あるいは農村戸籍 (同「農業戸口」) に二分される戸籍制度は、例外はあるものの生涯において続く身分制度といえる。計画経済期においても、都市戸籍者の大半は、国有企業の賃金労働者で社会保険制度も充実していた一方、農村戸籍者は原則として農民であり、社会保障は十分ではなかった。

本書を読み解くうえで読者が留意すべきポイントは、4つあると考える。①特に第I部の制度分析では、計画経済期と、1978年から現在を「体制移行期」の2期に分けており、現在を市場経済期と呼んでいない。②両期間における公的医療制度の対象者は、既述の戸籍制度により二分されている。ただし、都市部にも農村戸籍者はいるし、逆もある。また出稼ぎ者という両戸籍の狭間にいる人たちがいる。③中国の本土には31省市区がある。中国の法制度の運用は、個々の自治体によって異なる。一般に、首都北京市や上海市などは実施が早い、他の多くの地域は追従的といえる。④本書のタイトルからすれば、社会保障論、財政学、公共経済学の研究成果と捉えるのが一般的であろう。しかし本書の著者の専門は中国経済論、労働経済学であり、それらの視点で研究が行われている。

I 本書の内容

本書は、中国の公的医療保険制度についての研究成果である。大きく2部に分かれており、第I部は「制度的研究」として既述の3つの制度などの歴史や概要についてまとめられている。第II部は「実証的研究」であり数値データを統計的手法で分析する計量経済学が用いられている。加えて、序章および終章がある。

序章「公的医療保険制度に歴史とデータで迫る」は、タイトル通りであり、第2節1.「2つの分析視覚」は、本書の分析方法の紹介であり、全章の学術的ストーリーが描かれている訳ではない。

第I部「制度的研究」は3つの章からなる。

第1章「制度改革の初期条件および関連する政策・制度」では、経済成長という結果を、新古典派経済学ではなく、経済、自然、文化、政治、歴史、政策、環境などの要因に基づくとした「中兼モデル」を参考にしたという。応用して本書は、経済、企業所有形態、財政雇用賃金政策、医療保険制度を要因としている。そのうえで制度内容や運用実態の時系列変化が紹介されている。例えば、計画経済期の医療保険は、都市部では国有（国営）企業と政府機関の従業員、退職者、その家族のみが対象であったという。一方で「計画経済期に、政策上で『国民皆保険』といった目標を達成し、WHOなどの世界機関から高い評価を受けていた」（54ページ）としているが、出所は示されていない。

第2章「体制移行期における公的医療保険制度改革」における「体制移行期」とは現在進行形の内容であり、都市部と農村部で異なる3つの医療保険制度（UEBMI, URBMI, NCMS）に関する政府の動向について詳解されている。著者は、「2012年は医療体制改革の最も重要な時期」として、「2012年の医療体制改革の重点課題に関しては、政府は国民皆保険を実現するため」に設定した7つの目標を列挙している。特に、「基本医療保険がカバーする範囲の拡大」では、「3種類の公的医療保険制度の加入率を95%までに高める。出稼ぎ労働者、非国有部門に勤める労働者、非正規労働者および学生、就学前児童と新生児が保険に加入することを重要な課題とする。倒産企業の定年退職労働者と経営不振企業の労働者が保険に加入することを促進する」（86ページ）という。本章では現状の解説はないが、これらの人たちはカバーされていないか、未加入者が多いということであろう。さらに、「都市部と農村部の医療保険制度を統合する改革」（第5節）について解説がある。

第3章「中国における公的医療保険制度の実施状況とその問題点」では、3つの公的医療保険制度は「『国民皆保険』を目指す社会保障といえる」が、「制度の運営が地域（都市部と農村部、豊かな地域と貧しい地域など）、就業部門の所有制構造（国有企業、外資系企業、民営企業など）によって異なり、またその加入状況は所得水準の影響を受けている」（103ページ）という。中国においてこれらの視点は重要であり、各の実状が数値データで紹介されて

いて、たいへん参考になる。さらに、中国の二元戸籍制度の狭間にいる出稼ぎ者の数値も示されている。

第Ⅱ部「実証的研究」は4つの章からなる。

第4章「中国都市部における医療保険制度の加入行動の要因分析」は、2007年の9省市の都市戸籍労働者データ（非就業者3パーセントを含む）を用いて、二項プロビット分析を行い、UEBMIと民間医療保険などの加入者属性を明らかにしている。当該データによると、UEBMI加入率は、約62パーセントである（図表4-1に基づいて評者が計算）。健康状態に応じて制度加入をするという逆選択仮説、および保険料の支払いの余裕がある高所得層のほうが被保険者は多いという流動性制約仮説を検証している。前者では、健康状態は統計的に有意な相関は認められていない。年齢要因は8つの推定のうち1つの結果のみは認められたといえるが他の7つ推定の結果は最高年齢のほうが低いうえ、UEBMIは強制加入であるため、年齢が他の要因の代理変数である可能性も考えられる。後者の所得の高さは概ね加入確率と正の相関が認められている。

第5章「中国における公的医療保険制度が家計消費に与える影響」では、大きく2つの推計が行われている。第1に、2000年、2004年、2006年における9省の都市部と農村部の各に居住する都市戸籍者と農村戸籍者（184ページ、表5-2-2）のうち、20歳代から80歳代以上（190ページ）を対象に、健康栄養状態などを調査したパネル（個人の追跡）データを用いて、医療費自己負担額に医療費制度の加入等が及ぼす影響を、二段階モデルやロジットモデルなどで分析している。推定結果によると、都市部と農村部において、公的医療保険制度は医療費の自己負担額を軽減する効果をもたないという。

第2に、2004年、2005年、2006年の中国家計調査に基づき、非公開6都市の都市部に居住する21歳以上の世帯主の世帯データを用いて、世帯の所得変動が、医療支出や食品支出などに与える影響などを分析している。検証している「消費保険仮説」とは、一国などのマクロ的にみて、全世帯が所得リスクを等分に共有するという前提に基づき、同じ時点において、全世帯がリスクをプールして消費（支出）を平滑化するというものである。推定結果によると、当該仮説は棄却されている。まだ導入間もないうえ、URBMIに至っては2007年の創設前のため、

当然の結果ということもできる。

第6章「新型農村合作医療制度が医療サービスの利用に与える影響」は、第5章の前半と同じ調査結果のうち、16歳以上の農村居住者のクロスセクションデータとパネルデータを用いて、差分の差分法(Difference in Differences)などにより、NCMSが医療サービス(外来、入院、健康診断)の利用、総医療費、自己負担医療費などに及ぼす影響を分析している。データには、都市戸籍者用のUEBMIの加入者もいるので、明文化されていないが、都市戸籍者や出稼ぎ者などが少数含まれると捉えられる。推定結果によると、少なくとも2006年まではNCMSが医療サービスや医療費負担にあまり影響していなかったようである。

第7章「中国における医療保険制度の加入と主観的幸福度」では、第4章と同じ2007年の9省市の都市戸籍の居住者データなどを用いて、生活全般幸福度を医療保険加入のみならず年金保険加入などを要因として4段階評価し、順序プロビットモデルにより分析している。著者も記述しているが、特にURBMI施行前であり、就業者全体などを対象にしたモデルでは、生活全般幸福度に医療保険加入は統計的に有意な相関は認められていない。

ただし、年齢階層、男性、企業形態、地域別の推定の一部(表7-10~13)で、民間医療保険を含めていずれかの医療保険に加入しているかという要因が統計的に有意になったものがある。生活全般幸福度を統計的に有意に引き下げている制度をみると、6つの推定では「就業者用の公的医療保険のみに加入」、2つの推定では「民間の医療保険のみに加入」である。「混合型医療保険」は3つの推定では引き下げているが、1つでは上昇させるという結果が得られている。しかしながら結論の記述では、推定結果とは必ずしも一致しない箇所があるので、読み手は留意して独自に読み解く必要があろう。

終章「主な結論と今後の課題」は、第I部の制度の実状等と、第II部の実証分析についてまとめ(表終-4, 5)、政策提言、課題などが挙げられている。

II コメント

(1) 特に第4章で、最高齢の50~59歳を「定年退職直前後世代」と呼んでいるが、意味が理解しづ

らい。中国では、男女で定年退職年齢が異なり、女性は50歳あるいは55歳、男性は60歳が一般的であるためであろうか。50歳代を基準(reference)グループとしているが、男女で就業者割合に偏りのある世代と考えられる。UEBMIは退職者にも適用されるが、この要因は触れられていない。評者の調査によると、中国3大都市における従業員規模100人以上企業の実際の定年退職年齢は、男性が60歳、女性は50歳という結果が得られた。評者の興味からいうと、今後、男女で定年退職年齢が異なることへの影響を考慮した研究を期待したい[石塚2007]。

(2) 実証分析で用いたデータや推定方法は適切と考える。ただし、本書全体で一貫した経済学的仮説を検証するという形になっていない。したがって、一部の実証分析の推定結果については、読み手が独自に解釈すべき箇所が見受けられる。対応策として、例えば本書全体で財政学などの学術的仮説を提示し、一貫して各章で多角的に実証分析等により解明していく展開にするというのはいかがであろうか。本書のテーマは冒頭で記したとおり重要なものであり、著者の今後の研究に強く期待したい。

(3) 既述のように、「移行期」と「国民皆保険」という言葉の用い方に、読み進めるうえで毎度、個人的には若干の違和感を覚えた。まず本書では、1978年から現在を、計画経済と市場経済をまとめて「移行期」と呼んでいる(ただし、表1-3のみ2つの経済期に分けている)。制度モデルや時期区分の便宜上というだけでなく、他の発展途上国や、経済体制の移行国への応用という視点があるためか、また医療保険制度の移行期は1998年からであるが、むしろ中国市場の実態を強調していることが窺えた。次に、随所で「国民皆保険」という言葉がみられるが、政府の用語も含めて2つの意味で用いられているようである。これまでの中国の実情を考えると全国民が加入可能という意味を強調することも理解できるが、実際に全員加入の環境が整って皆保険と一貫して呼ぶほうが適切ではないかと考える。本書の主たる読者がいる日本では、1961年の改正国民健康保険法により法定強制型の「国民皆保険」が実現している。

文献リスト

〈日本語文献〉

石塚浩美 2007. 「税・社会保障改革の動向と男女平等」
仲村優一・一番ヶ瀬康子・右田紀久恵監修 岡本民
夫ほか編集『エンサイクロペディア社会福祉学』中
央法規出版.

〈英語文献〉

WHO 2016. *World Health Statistics 2016*.

(産能短期大学[専任]・産業能率大学[兼任], 教授)